



**MAIRIE**  
3 Place des Ecoles  
26470 LA MOTTE CHALANCON  
Tél : 04.75.27.20.41 / @ : mairie@lamottechalancon.fr

## GARDERIE PERISCOLAIRE RPI LA MOTTE CHALANCON / REMUZAT

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**Je soussigné(e) Mme, M.,** .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Adresse email : .....

#### **Responsable(s) de l'enfant :**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

#### **Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant :**

1. Mme, M. .... Tél. : .....

Adresse : .....

2. Mme, M. .... Tél. : .....

Adresse : .....

3. Mme, M. .... Tél. : .....

Adresse : .....

#### **Une pièce d'identité devra être présentée.**

- **Les absences devront être signalées le plus tôt possible au 04.75.27.20.41**

Je m'engage à prévenir les personnes en charge de ce service de tout changement qu'il soit ponctuel ou définitif. Je m'engage à ce que mon enfant respecte les consignes de discipline mais également le personnel d'encadrement et le matériel mis à disposition.

**Autorisons la commune de la Motte Chalançon à faire transférer notre enfant à l'hôpital, par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant (Nom, Prénom) :**

.....

Fait à ..... Le .....

**Signature du représentant légal :**